
Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica.

Emotional expression and personal well-being in a group of women with breast cancer: a psychological intervention.

Recibido: enero de 2008, Aceptado: marzo de 2009.

María Victoria Cerezo,

ASAMMA (Asociación de Mujeres operadas de Cáncer de Mama)

Margarita Ortiz-Tallo,

Universidad de Málaga

Violeta Cardenal

Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia: Margarita Ortiz-Tallo. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos s/n. 29071 Málaga. España. Teléfono: 952132555. Fax: 952131101. mortiztallo@uma.es

María Victoria Cerezo. ASAMMA. Calle Tizo nº 11. 29013 Málaga. España. Teléfono: 952256951. psicologa@asamma.org

Este estudio forma parte del proyecto titulado "Personalidad, Estrés Crónico y Salud" subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España, con el número de referencia BSO2002-00910.

Agradecimientos: Las autoras agradecen a las mujeres que han participado en esta investigación por su gran interés, dedicación y tiempo, pues a pesar de los difíciles momentos por los que atraviesan, participaron activamente en el proyecto.

Resumen

Se realizó una evaluación psicológica a un grupo de 40 mujeres con cáncer de mama y posteriormente se diseñó y efectuó una intervención psicológica grupal voluntaria a 20 de ellas. La evaluación consistió en una entrevista estructurada y en la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), encontrándose rasgos de personalidad que indican dificultades en la expresión emocional y síndromes clínicos que afectan al bienestar. Se diseñó y realizó, siguiendo a Millon, una psicoterapia integradora que incluyó técnicas de diversos enfoques, seleccionadas por su contribución global al procedimien-

Abstract

After having realized a psychological evaluation to a group of 40 women with breast cancer, a psychological group intervention has been designed and applied to 20 of them, who participated voluntarily. This evaluation consisted in a structured interview and an application of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III), finding personality traits related to difficulties in emotional expression and clinical syndromes that damage personal well-being. Following Millon's theory an integrative psychotherapy is designed and put into practice, and it was provided to 20 women during 12 sessions. In order to check the efficacy

to terapéutico, las sesiones se llevaron a cabo durante 12 semanas. Para comprobar la eficacia de ésta, se administraron antes y después de la terapia, la escala de Inteligencia Emocional, TMMS-24, y las Escalas de Bienestar Personal de Diener, Emmons, Larsen y Griffin, y de Mroczek y Kolarz. Los resultados muestran que las mujeres que participaron en la terapia mejoraron en la regulación de sus emociones negativas y en su bienestar personal, mientras que no se presentaron diferencias en estas variables en el grupo de mujeres de comparación.

Palabras claves: cáncer de mama, psicoterapia grupal, expresión de emociones, bienestar.

La relación entre aspectos psicológicos y la salud/enfermedad es una cuestión ampliamente defendida por distintos autores (Cardenal 2001; Lieberman & Goldstein, 2005; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel, Miguel Tobal & Pérez Manga, 2001). De ahí que la investigación sobre la expresión de emociones y el bienestar para la salud integral sea, hoy en día, materia de interés.

La enfermedad neoplásica más frecuente en las mujeres de los países industrializados es el cáncer de mama, siendo la primera causa de muerte por tumor en mujeres de 35 a 50 años. Sin embargo, la facilidad que muestra para su detección precoz le hace tener mejores expectativas que otros tumores malignos en cuanto a supervivencia. Se podría decir que es una enfermedad femenina, en tanto que su frecuencia en la mujer es de un 99% respecto a la variable sexo (Alonso, 2000).

Millon (1999), en sus reflexiones para un modelo integrado, compara los aspectos psicológicos con las posibles alteraciones físicas. Así, realiza un analogía en la que los rasgos de personalidad serían el equivalente al sistema inmune, los factores psicosociales serían los agentes infecciosos y los síndromes clínicos la enfermedad resultante. Este autor considera los rasgos de personalidad, en muchos casos, determinantes para la aparición de unos síndromes clínicos u otros ante situaciones de estrés. A su vez, la aparición de determinados síndromes clínicos, como ansiedad, depresión o trastornos somatomorfos podría influir en la propia configuración de la personali-

of the applied intervention, the scale of emotional intelligence Traid Meta Mood Scale 24, TMMS-24; and two scales of personal well-being, the Diener, Emmons, Larsen y Griffin Scale, and the Mroczek y Kolarz affect scale, were administered before and after this intervention. Results showed that women who received the intervention have improved in the regulation of their negative emotions and their personal well-being, while the group of control showed no difference in these variables.

Key words: breast cancer, group psychotherapy, emotional content, well-being.

dad y en la evolución y agravamiento de la enfermedad física (Millon & Davies, 1998; 2001).

La represión emocional, referida a la dificultad para la descripción y comunicación de las emociones negativas, como la ira, la ansiedad o el dolor ha sido un estilo de afrontar situaciones en la vida, encontrado en mujeres con cáncer de mama (Anarte, Esteve, Ramírez, López & Amorós, 2001; Cardenal, 2001; Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín Frias & Martínez Lozano, 2008; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Okawa, & Back, 2005a, 2005b; Lieberman & Goldstein, 2006).

Determinados rasgos o estilos de personalidad en la teoría de Millon se relacionan directamente con la represión o dificultades para la expresión de emociones. En concreto, los rasgos Evitativos, Depresivos y Dependientes tienen en común la dificultad para reconocer las necesidades personales y emocionales, así como conflictos para la expresión adecuada de emociones. Los rasgos Esquizoides indican distanciamiento emocional y en su extremo contrario los rasgos Histriónicos suponen una expresión excesiva e inadecuada de las emociones (Millon & Davis, 1998, 2001).

Actualmente, la importancia que ha tomado en la investigación y en la aplicación clínica la expresión y regulación de emociones ha venido de la mano del desarrollo del concepto de inteligencia emocional. Ésta se define como las destrezas con las que se consigue: a) percibir los

estados emocionales, asumiéndolos como tales y expresándolos convenientemente; comprender correctamente la naturaleza de dichos estados emocionales, b) regularlos, impidiendo sus efectos negativos y aprovechando sus aspectos positivos para adaptarnos satisfactoriamente a cada situación y c) ser capaces de hacer lo mismo con los estados emocionales de las demás personas. La inteligencia emocional tiene tres dimensiones clave: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional (Bermúdez, Teva & Sánchez, 2003; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Fernández-Berrocal, Ramos & Extremera, 2001; Fierro, 2006; Mayer, 2001; Salovey & Mayer, 1990; Zaccagnini, 2004).

En España existen pocos estudios que muestren resultados sobre investigaciones en evaluación e intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. La realizada por Sebastián, Bueno y Mateos (2004) sugiere, siguiendo a estudios efectuados en otros países, la conveniencia de realizar las intervenciones en grupo ya que promueven mejoras en la salud y en el bienestar, suponiendo para la mujer un importante grupo de apoyo (Antoni *et al.*, 2001; Cameron, Booth, Schlatter, Ziginsk & Harman, 2006; Edmonds, Lockwood & Cunningham, 1999; Gottlieb & Wachala, 2007; Iwamitsu *et al.*, 2005^a, 2005b; Kissane, *et al.*, 2007; Lieberman & Goldstein, 2006; Spiegel, 2000; Taylor *et al.*, 2003).

Millon (1999), en su modelo de psicoterapia integradora, entiende que la base de la terapia es la evaluación previa. El clínico científico debe evaluar la interacción entre los rasgos de personalidad, factores psicosociales y síntomas manifiestos, para posteriormente diseñar una intervención psicológica que fomente el bienestar global de la persona.

Este modelo aplica diversas técnicas tomadas de las diferentes áreas de la personalidad y seleccionadas para su mayor eficacia. El objetivo de entrelazar técnicas pertenecientes a perspectivas diferentes permite un mayor alcance, ya que el objetivo último sería fortalecer la personalidad y ésta tiene componentes cognitivos, interpersonales, psicodinámicos y biológicos. Esta naturaleza impone que las técnicas se extraigan de diferentes perspectivas, según las necesidades.

El objetivo de esta investigación ha sido, por tanto, evaluar a un grupo de mujeres con cáncer de mama para

posteriormente diseñar y realizar una intervención psicológica grupal que mejore el bienestar general de estas mujeres.

Método

Participantes

La muestra ha sido formada por 40 mujeres operadas de cáncer de mama de Málaga (España) pertenecientes a la asociación ASAMMA (Asociación para la Atención de Mujeres operadas de Cáncer de Mama).

Los criterios de inclusión al estudio fueron estar operada de cáncer de mama entre los estadios I y III, independientemente de los tratamientos adyuvantes; y comprometerse voluntariamente a la terapia.

La edad de las participantes estuvo comprendida entre 29 y 78 años, donde la media fue de 50.86 años y la desviación típica, 12.36 puntos (Tabla 1).

Material

Las variables que se seleccionaron en el presente estudio fueron: rasgos de personalidad y trastornos clínicos para el diseño de la intervención, tres factores principales de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación emocional) y bienestar personal (sus dos componentes, el cognitivo y el afectivo).

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación previa al diseño de la intervención terapéutica fueron:

1. Entrevista estructurada para conocer los datos sociodemográficos de las pacientes y hacer una historia clínica general englobando entre otros su diagnóstico y tratamiento oncológico.
2. *Inventario Clínico Multiaxial* MCMI-III de Millon, Davis, & Millon, 1997, escala de autoinforme con 175 ítems de dos opciones de respuesta V-F que evalúa 14 rasgos/estilos/trastornos de personalidad y 10 trastornos clínicos, adaptado a la población española (Cardenal & Sánchez, 2007). Los estilos/trastornos de personalidad evaluados por el MCMI-III son los correspondientes al Eje II del DSM-IV-R.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de la muestra

Medias y porcentajes	Grupo total (N=40)	Grupo Experim. (N=20)	Grupo Control (N=20)	t (* sign. .05)
Edad	50.86 años	50.67 años	51.05 años	.36
Tiempo operada	3.75 años	3.69 años	3.81 años	
Menos de 1 año	22.5%	25%	20%	.19
Menos de 2 años	30%	20%	40%	
Menos de 5 años	22.5%	30%	15%	
Más de 5 años	25%	25%	25%	
Estado civil:				
Soltera	12.5%	20%	5%	
Casada	65%	55%	80%	.00
Separada	10%	20%	15%	
Nivel de estudios				
Primarios	20%	5%	35%	
Secundarios	25%	35%	15%	1.19
Bachiller-FP	32.5%	30%	35%	
Universitarios	22.5%	30%	15%	

El MCMI-III considera que, para cada uno de los estilos, una puntuación de tasa base (TB) entre 60 y 75 indica rasgos de personalidad, entre 75 y 85 la tendencia del sujeto al correspondiente estilo de personalidad, mientras que a partir de 85 indica trastorno de la personalidad. Con respecto a los trastornos clínicos, el MCMI-III evalúa los trastornos correspondientes al Eje I del DSM-IV-R; siendo 75 el punto de corte para considerarlo trastorno. El Inventario tiene buenas propiedades psicométricas, con fiabilidad test-retest entre .84 y .96, y la consistencia interna superior a .80.

Los instrumentos utilizados para evaluar la eficacia de la terapia fueron:

1. *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24): basada en la escala EQ-i (Bar-On, 1997) y más concretamente, en la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-48) del grupo de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995), que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales. El TMMS-24 es una versión reducida y adaptada a la población española por Fernández-

Berrocal, *et al.*, (1998) y Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos, siendo 1 nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. El baremo para mujeres asume que, en atención emocional, obtener menos de 24 puntos indica poca atención, de 25 a 35 una atención adecuada y más de 36, excesiva atención. Respecto a claridad de sentimientos y reparación emocional, menos de 23 puntos indica poca claridad y baja reparación, de 24 a 34 es adecuada para ambas y más de 35 es excelente. La fiabilidad para cada componente es: Atención ($\alpha = .90$); Claridad ($\alpha = .90$) y Reparación ($\alpha = .86$).

2. Para evaluar el bienestar personal en sus dos componentes afectivo y cognitivo, se utilizaron: a) Para el componente cognitivo: La Escala de Satisfacción Vital de Diener (*Satisfaction with Life Scale*; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), a los que se res-

ponde con una escala tipo Likert de 7 puntos (1 significa Totalmente en desacuerdo y 7 Totalmente de acuerdo). La puntuación de escala de satisfacción oscila entre 5 y 35. Altas puntuaciones corresponden a alta satisfacción vital. Cuenta con alta fiabilidad (.82). También se contó con un ítem único sobre felicidad, con una escala de respuesta tipo Likert (1 significa Totalmente en desacuerdo y 7 Totalmente de acuerdo); b) Para el componente afectivo: La *Escala de Afectividad* de Mroczek y Kolarz (1998), con dos subescalas: 6 ítems de afectividad positiva y 6 de afectividad negativa, formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 nunca y 5 todo el tiempo). La puntuación total mínima es 6 y la máxima 30 puntos para cada subescala. Tiene elevada fiabilidad (afectos positivos .87 y afectos negativos .91).

Procedimiento

El estudio requirió que todas las pacientes entendieran y aceptaran participar, firmando un consentimiento informado. Para documentar la inclusión al estudio y los criterios de exclusión, se entrevistó a las pacientes haciéndoles una revisión de su historia médica oncológica y tratamiento, y se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). Posteriormente, se diseñó la intervención, basándose en los resultados del inventario de personalidad, principalmente, ya que destacaron rasgos de personalidad con dificultades para la expresión de emociones comunes en estas mujeres y síndromes clínicos que indican malestar.

Posteriormente, se les ofrecía la posibilidad de participar en la intervención psicológica voluntaria, de tal forma que las que no quisieron participar directamente formaron el grupo de comparación, constando cada grupo con 20 participantes.

La intervención psicológica grupal se realizó durante 12 sesiones semanales de una hora y media. El diseño y el seguimiento del tratamiento se realizaban en el equipo de investigación y las terapeutas que asistían a las sesiones fueron las mismas en todas las reuniones terapéuticas.

Se ha intervenido con las siguientes técnicas psicológicas: técnicas cognitivas, en la que se trabajan distorsiones cognitivas y se les hace ver la relación entre pensamiento, sentimiento y comportamiento; intervenciones comportamentales, trabajando habilidades, búsqueda de

reforzadores y aumento de situaciones agradables; técnicas de la Gestalt, que ayudan a la toma de conciencia, autoconocimiento y a la expresión de emociones; enfoques interpersonales y sistémicos, que consideran sus relaciones con las personas más próximas; terapia de grupo, utilizada para fomentar el apoyo social, ayudarle a la autoafirmación y a salir de sí mismas para ver a otras.

Al terminar el periodo de intervención psicológica, se les volvió a administrar los cuestionarios a los dos grupos, el experimental y el control.

Resultados

El MCMI-III sirvió para evaluar la existencia de rasgos de personalidad comunes a varias mujeres y como diseño de la intervención. Se realizó un análisis de cluster con los datos obtenidos, a través de conglomerados jerárquicos aglomerativos siguiendo el método de Ward y la distancia euclídea al cuadrado como medida de distancia. El análisis descriptivo se realizó a partir de los rasgos/estilos/trastornos esquizoide, dependiente, evitativo, depresivo e histriónico, que guardan relación explicativa con las teorías previas. El resto de estilos se utilizaron para comprobar la validez de los cluster.

Se encontraron dos perfiles de personalidad en los que la puntuación obtenida no supone la existencia de trastorno de Personalidad, pero sí la existencia de rasgos relacionados con la dificultad de expresión de emociones. El primer perfil que incluye rasgos de personalidad esquizoide, evitativo, depresivo y dependiente, y que se denominó, siguiendo a Millon, "*rasgos de retraimiento emocional*". Forman este perfil, el 69.44% de las mujeres de la muestra. El segundo perfil de personalidad tiene en común rasgos histriónicos y se denominó "*rasgos de amplificación emocional*", es el 30.55% restante (Tabla 2).

En cuanto a los trastornos clínicos, se analizó si el grupo de mujeres puntuaban alto en Ansiedad, Trastorno Somatomorfo y Depresión, principalmente. En este caso, 75 fue el punto de corte para considerarlo trastorno. Si relacionamos los rasgos de los dos perfiles de personalidad encontrados con los trastornos clínicos, los resultados indican que existen diferencias significativas en la mayoría de los trastornos que evalúa el cuestionario. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los cluster en el trastorno de ansiedad ($t=2.45$, $p=.01$),

somatomorfo ($t=2.38$, $p=.02$), bipolar ($t=2.17$, $p=.03$),
distímico ($t=2.72$, $p=.01$) y depresión ($t=2.09$, $p=.04$).

También se diferencian estadísticamente en discapacidad
social ($t=-2.65$, $p=.02$) (tabla 3).

Tabla 2: Medias de las puntuaciones de cada grupo (cluster) de sujetos en los estilos de personalidad MCMI-III y valor estadístico para muestras independientes (* $p<.001$).

Estilos MCMI-III	Cluster 1 (N=25) Retraimiento emocional	Cluster 2 (N=11) Amplificación emocional	t
Esquizoide	64.80	25.36	7.13*
Evitativa	67.90	7.90	8.33*
Depresiva	66.28	15.54	4.51*
Dependiente	69.07	29.72	5.35*
Histriónica	68.50	90.45	-4.58*

Tabla 3: medias de las puntuaciones de cada grupo (cluster) de sujetos en los trastornos clínicos del MCMI-III y valor estadístico para muestras independientes (* $p<.05$).

Trastornos clínicos MCMI-III	Cluster 1 (N=25) Retraimiento emocional	Cluster 2 (N=11) Amplificación emocional	t
Ansiedad	54.19	32.72	2.45*
Somatomorfo	47.23	23.54	2.38*
Bipolar	56.46	41.27	2.17*
Distímico	47.10	18.27	3.73*
Depresión	39.84	15.63	2.09*
Deseabilidad social	72.03	98.10	-2.65*

La eficacia de la terapia se comprobó realizando un contraste de medias con muestras relacionadas, donde la variable criterio fue la intervención terapéutica y las variables observadas son el nivel de inteligencia emocional y el bienestar personal, realizando el análisis de medias con la prueba t para muestras relacionadas. El tiempo transcurrido entre el pre y el post fue de cuatro meses.

Los resultados indican diferencias significativas dentro del grupo experimental en las medidas antes y después en las variables reparación emocional ($t(19)=-4.98$, $p=.00$), y en bienestar, en su componente cognitivo ($t(19)=-4.45$, $p=.00$), así como en el componente afecti-

vo ($t(19)=-3.82$, $p=.00$). No se encontraron diferencias significativas en atención emocional ($t(19)=-1.78$, $p=.08$) y claridad emocional ($t(19)=-1.71$, $p=.10$).

En lo que respecta al grupo de comparación, no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas en las medidas pre y postratamiento. Por tanto, cabe decir que no hay diferencias en atención a las emociones ($t(19)=.75$, $p=.45$), claridad emocional ($t(19)=-1.61$, $p=.12$) y reparación emocional ($t(19)=-0.66$, $p=.51$), en el componente cognitivo del bienestar personal ($t(19)=1.29$, $p=.21$), ni en el componente afectivo ($t(19)=-.85$, $p=.40$) (Tabla 4).

Tabla 4: Eficacia de la terapia: Medias de las puntuaciones de cada grupo de sujetos en las medidas pre y post-tratamiento y valor estadístico para muestras relacionadas (* $p < .05$).

Grupo Experimental (N=20)				Grupo de comparación (N=20)			
Variables	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	t	Variables	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	t
Atención emocional	25.00	28.00	-1.78	Atención emocional	25.65	24.05	.90
Claridad emocional	26.20	28.85	-1.74	Claridad emocional	26.20	28.85	-1.78
Reparación emocional	23.80	30.05	-4.98*	Reparación emocional	28.45	29.45	-.93
Comp. Cognitivo bienestar	24.45	28.45	-4.45*	Comp. Cognitivo bienestar	28.60	27.55	1.71
Comp. Afectivo bienestar	3.40	6.85	-3.82*	Comp. Afectivo bienestar	5.65	7.00	-.57

Discusión

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) ha ayudado en la evaluación psicológica de un grupo de mujeres con cáncer de mama para el posterior diseño de la intervención. Los resultados indican la existencia de rasgos de personalidad comunes al grupo de mujeres, que guardan relación con la dificultad en expresión y regulación emocional. Se relaciona con malestar general a través de sintomatología de ansiedad, depresión y alteraciones somatomorfas, principalmente.

Esta valoración sirvió de base para elaborar y diseñar una intervención psicológica que tuviera en cuenta aspectos de la personalidad, factores psicosociales y síndromes clínicos. Así, se intervino en la dificultad para la expresión y regulación emocional, comprobando que las participantes tras dicha intervención mejoraron su expresión de emociones y su bienestar personal, comparado con otro grupo de mujeres con cáncer de mama que no asistió a la intervención psicológica.

Los rasgos de personalidad obtenidos a través del MCMI-III conforman dos perfiles o grupos. El primero de ellos, con un 69.44% de las mujeres, presenta en común rasgos esquizoides, evitativos, depresivos y dependientes, y se ha denominado, siguiendo a Millon, “*rasgos*

de retraimiento emocional”. El factor común entre los rasgos de este grupo es la dificultad en reconocer sus necesidades personales y emocionales y conflictos para la expresión adecuada de emociones.

Los rasgos esquizoides se caracterizan por la introversión y no expresión de emociones. Los rasgos evitativos de la personalidad suponen no mostrarse ante las demás y no compartir sentimientos, siendo corteses y contenidas. Los rasgos depresivos en la personalidad suponen sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima, centrándose en los aspectos negativos de sí mismas. Las mujeres con rasgos dependientes, evitan la tensión social, sacrifican sus puntos de vista para evitar conflictos interpersonales.

El segundo perfil o grupo encontrado implica rasgos del estilo de personalidad histriónico, al que se ha denominado “*rasgos de amplificación emocional*”, que se define por la tendencia a dejarse influir por los demás, no profundizar en sus emociones evitando integrar y reflejar pensamientos y emociones desagradables (Millon & Davis, 1998; Ortiz-Tallo & Cardenal, 2004). Llama la atención el dato obtenido en deseabilidad social. Estas mujeres se han presentado como socialmente atractivas y emocionalmente estables, dando una imagen de sí mismas mejor de la que realmente tienen. Encaja también

esta escala en lo que consideramos rasgos de personalidad de estas mujeres, aunque sea una escala de validez.

La perspectiva general que ha sustentado el diseño y la forma de trabajar en la intervención clínica sobre mujeres con cáncer de mama, se encuadraría en una perspectiva fenomenológica, humanista, donde la forma en la que las mujeres interpretan su vida, sus acciones y emociones, así como la relación terapeuta-paciente han sido fundamentales, siendo la empatía, la aceptación y el respeto aspectos claves de la terapia.

La metodología para la intervención tuvo, siguiendo a Millon, un carácter abierto, flexible e integrador en el que se dio cabida a métodos y técnicas elegidos como consecuencia de la evaluación previa y adaptaron a lo largo del proceso terapéutico en función de las necesidades y de la evolución del grupo.

Por lo tanto, existió un diseño previo en función de lo que se quería trabajar y se hicieron pequeños cambios a lo largo de las sesiones teniendo en cuenta el desarrollo de las mismas.

El objetivo básico fue trabajar la expresión y regulación de emociones y mejorar el bienestar personal. La intervención psicológica grupal planteada en este estudio durante 12 sesiones para las mujeres con cáncer de mama resultó eficaz en cuanto a que aprendieron a reparar sus estados emocionales negativos y mejoraron su bienestar personal.

El tipo de intervención psicológica que se diseñó, así como las técnicas integradas, pueden haber sido de gran importancia para la mejoría del grupo de mujeres. Esto vendría a confirmar las sugerencias de autores tales como Antoni *et al.*, (2001); Kissane, *et al.*, (2003) y Taylor *et al.*, (2003), así como los estudios de Sebastián, Bueno y Mateos (2004).

En la intervención psicológica se intentó desarrollar habilidades y destrezas necesarias para reconocer y expresar adecuadamente la información emocional de manera positiva y psicológicamente constructiva, en la línea de lo que plantean los autores que trabajan la Inteligencia Emocional (Salovey & Mayer, 1990; Zaccagnini, 2004). El autoconocimiento y una buena percepción emocional ayuda a interpretar los sentimientos y las emociones, colaborando en la mejor adaptación a las circunstancias y,

por lo tanto, al bienestar personal (Cameron, *et al.*, 2006; Cruess, Antoni, & McGregor, 2000; Iwamitsu *et al.*, 2005a; Lieberman & Goldstein, 2006).

Estas pacientes han aprendido a reconocer sus emociones y a poder aceptarlas y regularlas de la forma más adecuada en cada situación. Han aprendido a sentirse mejor a través del autoconocimiento personal, escuchando sus propias necesidades, planteando mejorar para y por sí mismas, de modo que manifiestan más frecuentemente sus emociones positivas, reconociendo y regulando mejor las emociones negativas. Sintiendo, a pesar del cáncer, más satisfechas consigo mismas y más felices que hace unos meses.

Referencias

- Alonso, C. (2000). Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid: Instituto de la Mujer, 91-102.
- Anarte, MT., Esteve, R., Ramírez, C., López, AE. & Amorós, FJ. (2001). Adaptación al castellano de la escala *Courtauld* de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 636 -642.
- Antoni, MH., Lehman, JM., Kilbourn, KM., Boyers, AE., Culver, JL., Alferi, SM., Yount, SE., McGregor, BA., Arena, PL., Harris, SD., Price, AA. & Carver, CS. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Bar-On, R. (1997) *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bermúdez, MP., Teva, I. & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psicológica*, 2(1), 27-32.
- Cameron, LD., Booth, RJ., Schlatter, M., Ziginsk, D. & Harman, J E. (2006). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.

- Cardenal Hernández, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales-el estilo de evitación emocional y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Martín Frias, I. & Martínez Lozano, J. (2008) (en prensa). Estrés vitales, evitación emocional y cáncer de mama, *Spanish Journal of Psychology*.
- Cruess, DG., Antoni, MH. & McGregor, BA. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62, 304-308.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Edmonds, CVI., Lockwood, GA., & Cunningham, AJ. (1999). Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 74-91.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N., & Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey *et al.*: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006). Special issue on emotional intelligence: An overview. *Psicothema* 18, 1-6.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. & Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología* 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fierro, A. (2006). La inteligencia emocional ¿Se asocia a la felicidad? Un apunte provinciano. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 241-249.
- Gottlieb, BH., & Wachala, ED. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psycho-Oncology*, 16, 379-400.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. & Back, R. (2005a). The Relation Between Negative Emotional Suppression and Emotional Distress in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Health Communication*, 18(3), 201-215.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. & Back, R. (2005b). Anxiety, Emotional suppression, and Psychological Distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.
- Kissane, DW., Bloch, S., Smith, GC., Miach, P., Clarke, DM., Ikin, J., Love, AW., Ranieri, N. & McKenzie, D. (2003). Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.
- Kissane, DW., Grabsch, B., Clarke, DM., Smith, GC., Love, AW., Bloch, S., Snyder, RD. and Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16, 277-286.
- Lieberman, MA. & Goldstein, BA. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168.
- Mayer, JD. (2001). A field guide to emotional intelligence. En Ciarrochi J, Forgas JP & Mayer JD (eds.), *Emotional Intelligence in Everyday Life*, Philadelphia, Psychology Press, Taylor y Francis Group.
- Millon, Th. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-456.
- Millon, Th. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, Th. & Davis, R.D. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Masson: Barcelona.
- Millon, T., Davis, R.D. & Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III*. Pearson, Inc: Minneapolis. Adaptación española realizada por Violeta Cardenal y Mª Pilar Sanchez (2007).
- Millon, Th., Everly, G.S., & Davis, R.D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia

mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6 (2).

- Mroczek DK, & Kolarz CM. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-49.
- Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2004). *El apasionante mundo de la personalidad*. Málaga: Aljibe.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, Disclosure and Health*, (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Sebastián, J., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2004). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Factores psicosociales en el cáncer de mama*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Sheard, T. y Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A. & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Spiegel, D. (2000). Group Therapy for Cancer Patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial Care. *Basic Books Inc.* New York: New York.
- Taylor, K.L., Lamdan, R.M., Siegel, J.E., Shelby, R., Moran-Klimi, K. & Hrywna, M. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health Psychology*, 22, 316-323.
- Zaccagnini, J.L. (2004). Qué es la inteligencia emocional. *La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.